

BIENVENIDO

Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____

Apodo: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Escuela: _____ Grado: _____

Pasatiempos: _____

Teléfono Casa: (____) _____

de Seguro Social: _____

Dirección del niño: _____ # _____

Apt./Condo _____

Información general

¿Quién acompaña al niño hoy?

Nombre: _____ Relación: _____

¿Tiene Ud. custodia legal de este niño? ☐ Sí ☐ No

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera?

Otros hermanos atendidos por nosotros: _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de los padres

Estado civil de los padres ☐ Solteros ☐ Casados ☐ Viudos ☐ Divorciados ☐ Separados

☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Tutor

Nombre: _____ Fecha de nac: ____/____/____

Dirección (si es distinta de la del niño): _____

SS: _____

Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Casa: (____) _____

Email: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si tiene Plan de Ortodoncia para el niño, por favor llene la información a continuación:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Tutora

Nombre: _____ Fecha de nac: ____/____/____

Dirección (si es distinta de la del niño): _____

SS: _____

Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Casa: (____) _____

Email: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si tiene Plan de Ortodoncia para el niño, por favor llene la información a continuación:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la compañía de seguros: (____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Autorización/Permiso

Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado del crédito de sus pacientes potenciales y/o los padres del paciente antes de extenderle crédito por el costo del tratamiento, así como de utilizar, a discreción de la oficina, una o más fuentes de reporte de crédito. Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, así como soy responsable de pagar cualquier pago adicional o deducible que mi aseguranza no cubra.

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____

CONTINÚA AL DORSO

Historial dental y médico

¿Cuáles son las mayores preocupaciones que Ud. quisiera que el tratamiento de ortodoncia corrigiera? _____

¿Ha sido evaluado el niño alguna vez para recibir tratamiento de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sufrido el niño en alguna ocasión de lesiones en su cara, boca, dientes o barbilla? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No

¿Se le han removido las adenoides o amígdalas/anginas? ☐ Sí ☐ No

¿Se le ha informado a su niño de dientes que haya perdido o de dientes permanentes de más? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sufrido el niño alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ/TMD)? ☐ Sí ☐ No

¿Se cepilla el niño los dientes diariamente? ☐ Sí ☐ No

¿Utiliza el niño hilo dental diariamente? ☐ Sí ☐ No

Médico del niño: _____

Tel.: (____) _____ Fecha de la última visita: _____

Actualmente, ¿está el niño bajo el cuidado de algún médico? ☐ Sí ☐ No

¿Ha comenzado la pubertad? ☐ Sí ☐ No

¿Ha comenzado la menstruación? ☐ Sí ☐ No

Por favor, describa el estado de salud actual del niño: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Pobre

Haga una lista de las medicinas que su hijo esté tomando actualmente: _____

Haga una lista de todas las medicinas/cosas a las que el niño es alérgico: _____

¿Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

☐ Sí ☐ No Sangrado anormal	☐ Sí ☐ No Diabetes
☐ Sí ☐ No ADD/ADHD	☐ Sí ☐ No Epilepsia
☐ Sí ☐ No SIDA/VIH+	☐ Sí ☐ No Discapacitación/Minusvalía
☐ Sí ☐ No Alergia al látex/metales	☐ Sí ☐ No Problemas de audición
☐ Sí ☐ No Alergia al plástico	☐ Sí ☐ No Soplo del corazón
☐ Sí ☐ No Alergias a medicinas	☐ Sí ☐ No Hemofilia
☐ Sí ☐ No Hospitalizaciones/Operaciones	☐ Sí ☐ No Hepatitis
☐ Sí ☐ No Huesos/coyunturas/válvulas artificiales	☐ Sí ☐ No Problemas con los riñones
☐ Sí ☐ No Asma	☐ Sí ☐ No Prolapso de la válvula mitral
☐ Sí ☐ No Cáncer	☐ Sí ☐ No Prótesis
☐ Sí ☐ No Defecto congénito del corazón	☐ Sí ☐ No Fiebre reumática
☐ Sí ☐ No Convulsiones	☐ Sí ☐ No Fiebre escarlata
	☐ Sí ☐ No Tuberculosis (TB)

¿Ha tomado el niño alguna vez píldoras dietéticas tales como Phen-Fen? (También conocida como Redux o Pondimin.) Se respondió que sí, ¿cuándo? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el niño todas sus vacunas al día? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algo que quiera discutir en privado con el doctor? ☐ Sí ☐ No

Por favor, mencione cualquier problema médico serio/grave que el niño tenga/haya tenido: _____

¿El niño tiene/ha tenido alguno/s de los siguientes hábitos?

☐ Sí ☐ No Tomar pecho	☐ Sí ☐ No Problemas del habla
☐ Sí ☐ No Apretar/rechinar los dientes	☐ Sí ☐ No Chuparse los dedos
☐ Sí ☐ No Chuparse/morderse los labios	☐ Sí ☐ No Empujar la lengua
☐ Sí ☐ No Respirar por la boca	☐ Sí ☐ No Usar chupón
☐ Sí ☐ No Tomar en botella	☐ Sí ☐ No Morderse las uñas

Pasatiempos/deportes: _____

Instrumentos musicales: _____

Nuestra oficina se compromete a cumplir a cabalidad con los estándares de control de infecciones ordenados por OSHA, el CDC y la ADA

Entiendo que la información que he proporcionado es, hasta donde yo sé, correcta, que ésta se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a o dependiente. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre o tutor

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

He revisado toda la información médica/dental proporcionada arriba con el padre/guardián y el paciente aquí nombrado.

Comentarios del dentista: _____

Firma del dentista

Fecha

Actualización del historial médico

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del padre o tutor Fecha

¿Algún cambio en el estado médico de su niño desde su última visita? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Firma del dentista Fecha

Firma del padre o tutor Fecha

Firma del dentista Fecha